

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA PLATA

FACULTAD DE TRABAJO SOCIAL

**IX JORNADA DE INVESTIGACIÓN, DOCENCIA,
EXTENSIÓN Y EJERCICIO PROFESIONAL**

EJE TEMÁTICO SALUD

**GRUPO DE TRABAJO 1: REFLEXIONES EN TORNO A LA SALUD MENTAL Y
LAS POLÍTICAS PÚBLICAS CONTEMPORÁNEAS**

**AUTORA: EMILIA PALADINO
H.I.E.A. y C. Neuropsiquiátrico Dr. "Alejandro Korn"**

E- MAIL: emiiliapaladino@gmail.com

**INTERNACIÓN: CLÍNICA Y LEY
(Resumen ampliado)**

La Ley Nacional de Salud Mental es de reciente promulgación y reglamentación, siendo su aprobación el producto de un arduo trabajo por parte de los profesionales de la salud mental y de prolongadas luchas entre los diversos actores que integran el campo.

Las primeras discusiones datan de la década del 50, las cuales fueron interrumpidas por los gobiernos de facto que se sucedieron en nuestro país hasta el retorno definitivo de la democracia en el '83, momento en que son retomados los ideales de la desmanicomialización. En 1985, comienza un proceso reformador en materia de Salud Mental en la provincia de Río Negro, concretándose en el año 1988 el cierre del neuropsiquiátrico de Allen. Más tarde, en el año 1991, es sancionada la ley provincial de Salud Mental.

La inclusión, en la reforma constitucional de 1994, de normativas internacionales sobre la temática, entre ellas, los Principios de Naciones Unidas para la Protección de los Enfermos Mentales y para el Mejoramiento de la Atención de Salud Mental, va configurando un marco legal que favorece el impulso de movimientos de desmanicomialización.

También San Luis adhiere a esta perspectiva, sancionando en el año 2006 su ley provincial y procediendo a la atención de la salud mental en los hospitales generales.

En lo que respecta al nivel nacional y a la provincia de Buenos Aires, es en el año 2003 que inician movimientos para intentar mejorar las condiciones de atención de la salud mental, generándose la presentación de proyectos de ley que cobran impulso a partir del 2006. En ese mismo año se da a conocer el informe “Vidas arrasadas” del CELS, que denuncia abiertamente la desidia y la situación de privación de libertad que sufrían las personas que se encontraban internadas en neuropsiquiátricos.

En el año 2010 se crea la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones, que formaliza, a nivel institucional, la presencia de un nuevo paradigma.

Las pujas que históricamente se han presentado y obstaculizado el cambio de legislación en la materia a nivel nacional, han sido la prevalencia del paradigma peligrosista al momento de concebir a las personas con padecimiento mental, el temor a la pérdida de la fuente laboral por parte de los trabajadores de los hospitales monovalentes y la incidencia de las presiones de los laboratorios de medicamentos, entre otras.

Dados a conocer algunos de los lineamientos que se postulaban en los proyectos de ley (y que fueron abordados y discutidos en múltiples espacios autoconvocados), se constituyó otro punto de discusión: la equiparación de saberes de las diferentes disciplinas de la salud mental. Este cuestionamiento al Modelo Médico Hegemónico también tuvo y tiene sus repercusiones.

La aprobación del Plan Nacional de Salud Mental en Octubre de 2013, incluye a las provincias en la necesidad de la adecuación de las normativas provinciales a la Ley 26.657.

La nueva Ley Nacional introduce modificaciones sustanciales en el rol y la práctica de los trabajadores de la salud en general. Los equipos tratantes deben ser interdisciplinarios, en coherencia con la concepción integral de la salud que sustenta la Ley, siendo varias disciplinas las que se encontraran comprendidas en el abordaje de los padecimientos mentales. Ello tiene resonancias efectivas en un ámbito y prácticas históricamente caracterizados por una fuerte impronta psiquiátrica.

La nueva normativa ha democratizado el ámbito de la salud mental porque (entre otros aspectos) se equipara el saber de psicólogos, psiquiatras, trabajadores sociales, licenciados en enfermería, entre otros, en lo que hace a la conducción de instituciones, servicios o equipos de salud mental. Anteriormente, la misma era una función vedada para los no médicos. Asimismo, el psicólogo junto al profesional de otra disciplina puede determinar una internación o el alta de una persona, actos que antes sólo correspondía al médico psiquiatra ejecutarla y al juez, ordenarla. También se desjudicializan los permisos de salida transitoria o de visita, que antes requerían de la

aprobación del juez, siendo en la actualidad de incumbencia y decisión privativa del equipo interdisciplinario de salud.

La Ley Nacional de Salud Mental, como cualquier otro instrumento jurídico, inaugura nuevos derechos y obligaciones para usuarios y profesionales de la salud mental.

Luego de realizar un recorrido por el proceso histórico, social y legal que precedió la sanción y la reglamentación de la Ley así como la formulación del Plan Nacional, el presente trabajo pretende, a continuación, problematizar y poner en tensión el espíritu y los principios en que estos tres instrumentos se sostienen y sustentan, y las nuevas prácticas que, pretendiendo enmarcarse en los lineamientos de estos instrumentos, comienzan a desplegarse en los procesos de atención de los dispositivos de guardia de psiquiatría y sala de internación del hospital monovalente.

La nueva Ley, haciendo énfasis en la importancia de la integración comunitaria, insta a que las internaciones se efectúen lo más cercano posible a la comunidad de origen de las personas con padecimiento mental, acorde a una reestructuración de los Servicios de Salud Mental donde el enfoque hospitalocéntrico ceda terreno al abordaje comunitario.

En la guardia de psiquiatría, en los últimos meses, ello se ha traducido en un nuevo criterio de atención: la **regionalización**, procedimiento a partir del cual, quien llega o es llevado a la guardia en situaciones de urgencia subjetiva, es entrevistado o evaluado de acuerdo a si su domicilio pertenece al distrito del hospital. En caso de no corresponder al distrito, el paciente es derivado, sin atención, a los efectores de salud del distrito que le corresponde. Lo mismo sucede con las derivaciones que se pretenden desde hospitales generales rurales o semiurbanos, rechazándose las que no corresponden al área de influencia del monovalente en cuestión. Todo lo cual plantea un serio problema, cuando los efectores a los que se realiza la derivación, carecen de insumos, recursos humanos y de la infraestructura necesarios para hacer frente a esta nueva circulación y dinámica, lo cual sucede en casi todos, por no decir todos, los casos.

Se trata ya sea, de otros hospitales monovalentes, que no escapan a los problemas estructurales que jaquean a la salud pública, de hospitales semiurbanos o rurales donde los profesionales de la salud (siempre, psiquiatras) asisten una vez por semana o cada quince días, o de hospitales generales o centros de salud donde las admisiones para inicio de tratamiento psicofarmacológico y/o psicológico ambulatorio están cerradas, o con listas de esperas prolongadas en meses. Tiempos de los que la urgencia en salud mental no entiende.

Estos nuevos procesos de atención/desatención configuran situaciones donde la institución acaba siendo expulsiva y iatrogénica, redoblando en muchos caos, el

rechazo que, por su padecimiento mental, esos sujetos históricamente han sufrido, desde el ámbito familiar, comunitario, educativo, etc.

Si bien la Ley promueve un proceso de atención por fuera de los ámbitos hospitalarios, en el marco de un abordaje interdisciplinario e intersectorial, basado en los principios de la atención primaria de la salud, y orientado hacia el reforzamiento, restitución y promoción de los lazos sociales, este objetivo se convierte en utopía cuando aun está muy lejos de concretarse lo que la misma Ley dispone en torno a la creación de dispositivos con base comunitaria y alternativos o complementarios a la internación.

El Plan Nacional de Salud Mental enuncia este problema, planteándose como propósito el disminuir la brecha entre la necesidad y el acceso de la población a la red de servicios de Salud Mental, delimitando como objetivo, aumentar la accesibilidad a los servicios y dispositivos de Salud Mental por parte de la población pero reconociendo como problema, una red de Salud Mental inadecuada, cuando no inexistente, a la modalidad que se propone para el abordaje del padecimiento mental.

En consonancia, el Plan enuncia como objetivo, procurar la adecuación y/o creación de servicios y dispositivos acordes a la política de salud mental que formula. El escenario actual, muestra la escasa existencia de nuevas modalidades asistenciales alternativas a la internación, persistiendo los insuficientes recursos que ya existían. Del mismo modo se hace sentir la ausencia de una red de dispositivos en niveles de atención previos al hospital neuropsiquiátrico, o de programas o descentralización que favorezcan y garanticen el acceso en tiempo y forma a los tratamientos indicados. A ellos se suma la ausencia de respuestas integrales, efectivas y en tiempos acordes en otras áreas de las políticas públicas: vivienda, discapacidad, niñez y adolescencia, tercera edad, etc.

Desde la sala de internación, otro problema empieza a recortarse cuando las internaciones y externaciones empiezan a estar comandadas de manera exclusiva, por el criterio que exige la Ley (riesgo cierto e inminente para sí y/o terceros) y/o por criterios temporales (la mayor brevedad), desconociendo el capítulo que este instrumento introduce respecto de las internaciones voluntarias, y soslayando el criterio clínico, el cual permite pensar las internaciones y las externaciones desde la lógica de cada caso, rescatando la singularidad que el “para todos” de la Ley soslaya.

La Ley Nacional de Salud Mental, constituye desde el año 2010 un referente a la hora de pensar las externaciones de los sujetos que se encuentran en las distintas salas de internación con las que cuenta el hospital. Es inherente a las leyes el regular un “para todos”, donde habitualmente la singularidad de cada caso queda elidida, y cuando se trata del ámbito de la Salud Mental, es allí el criterio clínico el que suele operar contemplando el ‘caso por caso’ y posibilitando un ‘no para todos igual’.

Las presentaciones clínicas y el diálogo interdisciplinar que en las salas de internación tienen lugar, nos convoca a formalizar y configurar desde la propia especialidad, criterios que nos orienten en el proceso de la externación, pensada como un acto que se inscribe en la lógica de cada caso.

Una red de dispositivos que funcionan al interior del Hospital así como los Centros de Externación, constituyen una red imprescindible que prepara, facilita y acompaña este proceso. El dispositivo de 'Pase de Sala', oficia para los profesionales como un espacio en el que desde la incompletud de cada discurso, y de los encuentros y desencuentros que animan el intercambio, va perfilándose para cada especialidad, una lectura de las coordenadas que rigen cada caso y donde la decisión del alta se constituye como una intervención.

Luego de este recorrido y siendo el horizonte de la Ley la reestructuración de los Servicios de Salud Mental, tres años después de promulgada la Ley, el riesgo a prevenir es el de modalidades y prácticas que, pretendiendo sostenerse en este instrumento, redunden en políticas institucionales de atención que agudicen la diferencia y la brecha entre los sectores sociales más pudientes y aquellos más desfavorecidos en lo que respecta a la accesibilidad de la atención en salud mental, y que en vez de instaurar alternativas a la lógica asilar, acaben por consolidarla aun más.

BIBLIOGRAFÍA

- Decreto reglamentario N° 603/2013. Aprobado el 28/5/2013. Boletín oficial N° 32649, 29 de Mayo de 2013.
- Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657. Promulgada el 02 de Diciembre de 2010. Boletín Oficial 32041, 3 de Diciembre de 2010.
- Plan Nacional de Salud Mental, Octubre de 2013.